

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THESE 614
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul LANG

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 25 Août 1913, à Paris

Contribution à l'Etude
DE L'INSUFFISANCE
TRICUSPIDIENNE

Président : M. ABRAMI, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul LANG

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 25 Août 1913, à Paris

Contribution à l'Etude
DE L'INSUFFISANCE
TRICUSPIDIENNE

Président : M. ABRAMI, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N....
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIÉ.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESAILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS ..	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE	} Clinique Obstétricale.
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	
MOURE	} Clinique Obstétricale.
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SOEUR

A M. LE PROFESSEUR ABRAMI

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de ma reconnaissance.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR HALBRON

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de notre
vive gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Nous rapportons ici l'observation d'un malade, atteint d'insuffisance ventriculaire droite, au cours de laquelle est apparu un souffle systolique, localisé au foyer tricuspïdien.

Il n'existait chez ce malade ni pouls veineux jugulaire, ni pouls veineux hépatique.

Nous croyons cependant, sans en formuler le diagnostic ferme, pouvoir soupçonner une insuffisance tricuspïdienne fonctionnelle.

Nous ne pouvons faire qu'une très courte étude critique des symptômes, celle-ci basée sur les observations et les études antérieures.

Nous verrons que s'il n'existe aucun signe de certitude de l'insuffisance tricuspïdienne, il n'est pas possible d'en négliger l'existence. Elle est rare certes — elle est difficile à diagnostiquer ; mais on ne peut pas ne pas en tenir compte.

Elle fait partie de l'asystolie ; elle en est un témoin et en signe la gravité ; elle évolue comme elle, régressant avec elle ou restant fixée si celle-ci s'aggrave.

CHAPITRE PREMIER

UNE OBSERVATION D'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE AVEC INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE FONCTIONNELLE PROBABLE

M. C..., fondeur, entre dans le service du Docteur Halbron, à l'Hôtel-Dieu, à Paris, salle Sainte-Martine, n° 11, le 11 octobre 1939, pour dyspnée d'effort et palpitations.

A l'examen, on trouve les symptômes d'une insuffisance cardiaque à son début : œdème des membres inférieurs, hépatomégalie douloureuse, oligurie sans albuminurie ; à l'examen thoracique des deux côtés, une bande inférieure de matité, le pouls est à 90, il existe quelques extrasystoles, la T.A. à 12 1/2—7.

L'auscultation du cœur permet de déceler une insuffisance mitrale ; on note à la pointe un souffle systolique, intense, en jet de vapeur, irradiant vers l'aisselle.

L'interrogatoire apprend que la dyspnée d'effort est apparue il y a 6 ans, date à laquelle le ma-

lade a abandonné son travail. Ces troubles se sont accentués malgré le repos.

Il a eu, à l'âge de 35 ans, une polyarthrite fébrile, il est resté trois semaines couché. On a dit rhumatisme articulaire aigu et on lui a fait un traitement salicylé.

Après évacuation des épanchements, on a institué un traitement digitalique.

En deux mois, amélioration nette.

Le malade sort de l'hôpital le 23 décembre 1939.

Un mois après : le 20 janvier 1940, la dyspnée d'effort, les œdèmes ramènent le malade à l'hôpital.

A l'auscultation du cœur, seul est décelé le souffle d'insuffisance mitrale.

En trois semaines, les signes d'insuffisance cardiaque vont à nouveau régresser après le traitement digital novurit, pratiqué après l'évacuation des épanchements pleuraux.

Le malade sort de l'hôpital le 25 février 1940.

Le 20 mai 1940, le malade entre à nouveau.

Il est très dyspnéique, dyspnée de décubitus, entraînant l'insomnie, il est pâle, sans cyanose, ses conjonctives sont un peu subictériques, il a des œdèmes largement étendus, surtout importants aux membres inférieurs, mais infiltrant aussi le dos des mains et rendant la face légèrement bouffie.

A l'examen du cœur :

— les bruits sont légèrement assourdis ;

— à la pointe, irradiant vers l'aisselle gauche, on perçoit le souffle systolique rude de l'insuffisance mitrale ;

— au niveau de l'appendice xyphoïde, nettement distinct du souffle d'insuffisance mitrale, on perçoit un souffle doux, systolique, sans propagation ;

— un peu en dedans du foyer tricuspide, un bruit sourd se surajoute aux bruits normaux du cœur ; il est diastolique et réalise un rythme de galop.

On percute le cœur : il existe nettement une matité cardiaque, qui déborde de deux travers de doigts à droite sternum et xyphoïde.

Le pouls est à 90 ; il semble à peu près régulier et sans grande différence d'amplitude.

La T.A. à 13—9 (appareil de Vaquez).

Le foie est gros ; son bord supérieur est en place, son bord inférieur déborde de deux travers de doigts les fausses côtes ; il est douloureux à la pression.

Pas d'oligurie notable. Le malade émet un litre et demi d'urines par jour ; il existe une très légère albuminurie.

L'examen thoracique montre aux deux bases

un léger épanchement pleural, contenant des polynucléaires en assez grande abondance.

A l'examen des veines du cou :

Le bulbe de la jugulaire n'est pas visible. ;

La jugulaire externe est légèrement distendue des deux côtés, se dessinant sous la peau sous forme de cordons bleuâtres ; à gauche elle ne bat pas ; à droite elle présente de légers battements.

Le pouls de la jugulaire interne n'est pas visible et le pouls de la jugulaire antérieure non plus.

Nous n'avons pas retrouvé au tracé le pouls ventriculaire si important dans l'insuffisance tricuspidiennne.

Explorant avec douceur l'hypocondre droit et l'épigastre, on ne sent aucun soulèvement ; bien que le malade soit un obèse à paroi épaisse, on arrive à palper profondément : il n'existe pas de battements, pas de pouls veineux hépatique.

L'examen radioscopique du cœur (Docteur Duham) montre les signes suivants :

Cœur énormément augmenté de volume, surtout dans ses dimensions transversales ; il y a une grosse augmentation du ventricule droit par rapport au ventricule gauche ; la surface ventriculaire mesure au moins le double de la normale. De grosses taches hilaires indiquent une congestion très

accentuée des veines pulmonaires. En oblique, l'orthodiagramme est impossible à faire ; on ne voit pas l'espace rétro-cardiaque.

L'électrocardiogramme montre la disparition de P dans les 3 dérivations, traduisant la fibrillation auriculaire.

On traite le malade par l'ouabaïne.

Dix jours après, amélioration de la dyspnée, régression des œdèmes, le rythme de galop cesse d'être perçu ; le souffle systolique perçu au niveau de l'orifice tricuspideen s'atténue, puis disparaît, alors que persiste avec les mêmes caractères le souffle de l'insuffisance mitrale.

CHAPITRE II

LA CRITIQUE DES SYMPTOMES

Potain découvrait dans l'insuffisance tricuspiddienne une triade séméiologique :

- le souffle xyphoïdien systolique,
- le pouls veineux vrai des jugulaires,
- le pouls veineux vrai hépatique.

1° Dans notre observation, nous avons noté l'existence d'un souffle.

Celui-ci siégeait très près du foyer tricuspiddien, c'est-à-dire de l'insertion du 5° cartilage costal gauche — il était systolique et très doux.

Il différait du souffle mitral par son timbre et sa tonalité : il était plus léger, plus doux, plus filé.

Ce n'était pas non plus la répercussion vers la droite du souffle mitral, car ils étaient isolés l'un de l'autre, une zone de silence relatif existant entre le foyer tricuspiddien et le foyer mitral.

La disparition de ce souffle, contrastant avec la fixité du souffle mitral, est un argument de plus pour son existence distincte.

Il était facile, par ailleurs, de le distinguer d'un souffle aortique, en raison du siège et surtout en raison du contexte clinique.

Les auteurs récents, soulignant la rareté du souffle tricuspidiën, demandent qu'on le différencie « d'un de ces souffles doux, localisés, si fréquents dans l'arythmie complète et l'insuffisance ventriculaire gauche, où la rotation du cœur, conséquence de la dilatation et de l'hypertrophie du ventricule gauche, déplace le foyer d'auscultation vers le bord gauche du sternum » (1).

Cependant, le souffle que nous avons observé est apparu au cours d'une insuffisance ventriculaire droite, il siège au foyer tricuspidiën et nous pensons pouvoir l'interpréter comme un souffle d'insuffisance tricuspidiënne.

Soulignons la rareté d'une localisation aussi précise du souffle tricuspidiën : habituellement, il peut être entendu, avec une intensité presque égale dans tout l'espace compris entre le bord gauche du sternum et la pointe du cœur; cela est dû, comme l'a remarqué Durozier, au fait que le ventricule droit occupe, surtout s'il est dilaté, à peu près toute la surface antérieure du cœur.

Insistons aussi sur le fait que l'insuffisance tricuspidiënne est le plus souvent muette, ou bien

(1) Laubry, maladies du cœur.

qu'elle donne un souffle extrêmement discret ; on passe ainsi souvent à côté du diagnostic. Dans ces formes muettes, ce sont souvent les signes veineux qui mèneront au diagnostic d'insuffisance tricuspidiennne.

« Peut-être l'absence de souffle s'explique-t-elle par une trop large insuffisance où l'orifice béant ne réalise plus les conditions d'apparition d'un souffle entre l'oreillette et le ventricule. » (1)

Chez le malade dont nous rapportons l'observation, l'inverse se produit. La stase veineuse n'est pas assez considérable pour engendrer un pouls veineux hépatique, non plus qu'un pouls veineux jugulaire « il n'y a pas une colonne sanguine suffisante, pour établir une longue communication entre le ventricule et les jugulaires permettant ainsi aux jugulaires d'être ébranlées directement par la systole du ventricule » (2).

Ainsi le souffle nous fait dire : insuffisance tricuspidiennne peu marquée.

L'absence de signes veineux nous fait dire : pas de stase sanguine notable.

2° Nous avons recherché le pouls veineux jugulaire.

En regardant et en palpant on a recueilli peu de renseignements précis.

(1) Mouquin. Les lésions de l'orifice tricuspidein.

(2) Id. Ibid.

Nous avons observé des battements veineux discrets, n'apparaissant que dans certaines positions de la tête ; et limités puisque seule la jugulaire externe droite était légèrement battante.

Ce qui importait, c'était de déterminer le moment de leur apparition au cours de la révolution cardiaque : cela en combinant inspection et palpation des veines au palper du pouls artériel ou à l'auscultation du cœur et surtout en pratiquant la méthode graphique.

Le pouls veineux jugulaire est un pouls systolique par opposition au faux pouls veineux pré-systolique, qui existe à l'état normal.

La dépression X, qui sépare les soulèvements ventriculaires C et V (soulèvements contemporains le premier du début, le second de la fin de la systole), s'explique par la vacuité de la veine pendant une grande partie de la systole ventriculaire.

Au cours de l'insuffisance tricuspidiennne, une partie du sang ventriculaire est refoulée dans l'oreillette, puis dans la veine cave supérieure, puis dans les jugulaires — et la dépression X disparaît, réalisant la fusion des soulèvements C et V en une seule grande onde.

Mais en outre puisqu'il y a presque toujours arythmie complète en même temps, l'oreillette ne battant plus, le soulèvement auriculaire A disparaît lui aussi — il existe alors une onde unique en dos d'âne : c'est le type ventriculaire du pouls veineux.

D'ailleurs, ce pouls ventriculaire ne serait pas caractéristique de l'insuffisance tricuspидienne, puisqu'on l'observe parfois dans l'arythmie complète (Mackenzie, Héring), dans les tachycardies paroxystiques, et même dans certaines observations de cœur régulier avec éréthisme cardio-artériel (Lian).

3° N'ayant pas trouvé de pouls veineux jugulaire, nous avons recherché son homologue dans la circulation cave inférieure : le pouls veineux hépatique.

Le pouls hépatique est pour beaucoup d'auteurs le signe veineux qui apparaît le premier — nous avons palpé le foie avec les deux mains, essayant d'apprécier un gonflement systolique de l'organe, non seulement vers le bas, comme lorsqu'il est ébranlé par un gros ventricule droit (qui refoulerait à chaque systole le foie à travers le diaphragme), mais dans toutes les directions.

Le pouls hépatique a un caractère capital : il est expansif.

Lorsqu'on a éliminé le cas de l'insuffisance aortique ou d'une aorte abdominale animée de forts battements, le pouls hépatique apparaît comme un signe, non de certitude, mais à peu près pathognomonique de l'insuffisance tricuspидienne.

Nous n'avons pas observé ce signe.

Mahot, en 1869, décrivait le premier en France les battements du foie dans l'insuffisance tricuspideenne : « ...Après ponction de l'ascite, je reconnus une tumeur à bords arrondis, animée de battements à peu près isochrones à ceux du poulx. Elle présentait des mouvements très forts d'expansion... Ces battements ne pouvaient avoir pour cause qu'un flot sanguin rétrograde, lancé dans le ventricule droit au moment de la systole, la valvule tricuspide étant insuffisante et la veine cave inférieure dépourvue de valvules. Avec le polygraphe de M. Marey, on put enregistrer les pulsations du foie. Une coquille de l'instrument est placée au bord inférieur du foie, l'autre sur la pointe du cœur. On obtient ainsi un double tracé, qui donne, superposés et parfaitement comparables, les battements du cœur et ceux du foie... Les pulsations du foie et le poulx veineux du cou ont toujours été simultanés, correspondant toutes deux à la systole du ventricule ; de plus, elles ont toujours présenté les mêmes caractères. »

4° Nous avons complété l'examen clinique.

— Il existait chez notre malade un reflux hépato-jugulaire de Roudot, signe de stase et sans valeur diagnostique importante.

— Nous n'avons pas pu apprécier de manière nette la repletion systolique de la veine jugulaire,

préalablement vidée par pression du doigt ; depuis les travaux de Lorain, ce signe a été considéré comme signe de stase auriculaire.

— Nous n'avons pas pu prendre la pression veineuse dont l'élévation aurait également signé la stase.

— A l'électro-cardiogramme, on pouvait s'attendre à trouver une fibrillation auriculaire ; celle-ci est presque constante ; nous l'avons constatée chez notre malade.

— A la radioscopie, on a pu noter :

Une augmentation du diamètre transversal du cœur avec agrandissement des cavités droites — cette image est banale dans l'insuffisance des cavités droites et n'apprend rien quant à l'existence possible d'une insuffisance tricuspидienne.

CHAPITRE III

NOTRE MALADE PRÉSENTE-T-IL UNE INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE ?

Il y a une cinquantaine d'années, a été décrite minutieusement la séméiologie de l'insuffisance tricuspидienne. Ce diagnostic était alors souvent porté.

Actuellement, on ne reconnaît plus aux signes classiques de l'insuffisance tricuspидienne la valeur absolue qu'on leur accordait autrefois.

Sur quels éléments pouvons-nous établir notre diagnostic ?

1° Les conditions d'apparition.

Notre malade est un asystolique.

Insuffisance ventriculaire droite sans cyanose, sans lésion pulmonaire chronique antérieure (fait heureux, car cette insuffisance tricuspидienne des pulmonaires est une forme particulièrement grave).

Cette insuffisance ventriculaire droite est secondaire à une cardiopathie valvulaire mitrale.

Et c'est dans ce syndrome si riche de l'asystolie que l'on ira chercher les symptômes si frustes de l'insuffisance tricuspidiennne.

2° *La critique des symptômes.*

De la triade clinique, notre malade possédait le souffle, mais non les signes veineux.

Est-on en droit d'écarter le diagnostic parce que les signes ne sont pas au complet ?

Certes non, puisque l'état plus ou moins grand d'insuffisance valvulaire pourrait expliquer cette symptomatologie incomplète.

Et si aucun signe n'est signe de certitude, tous sont des signes de présomption.

3° *L'argument évolutif.*

L'asystolie a regressé sous l'action des tonicardiaques et en même temps disparaissait le souffle tricuspidein.

4° *Des preuves anatomiques.*

Nous ne possédons actuellement que la dilatation des cavités droites qu'a décelée la radioscopie.

Nous ignorons l'état de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, l'état des piliers, leur écartement, le relâchement du myocarde enfin : tous éléments

intervenant au moment de la systole pour empêcher la coaptation complète et pour produire par conséquent une insuffisance tricuspidiennne.

Ainsi, chez notre malade, nous ne pouvons formuler un diagnostic ferme, mais nous croyons pouvoir soupçonner une insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

L'insuffisance tricuspидienne n'a pas ouvert la porte à l'asystolie.

L'insuffisance tricuspидienne s'est installée au troisième épisode d'une insuffisance cardiaque, alors que le malade présentait les symptômes d'une asystolie grave et elle est venue témoigner de la gravité de l'asystolie.

Elle n'influe pas sur l'asystolie. Son traitement se confond avec celui de l'insuffisance ventriculaire droite au cours de laquelle elle est apparue.

Chez notre malade, sous l'action des tonicardiaques, le souffle a disparu en même temps que régressaient les symptômes graves de l'asystolie. L'avenir immédiat n'est donc pas menacé. Mais que survienne une poussée ultérieure d'asystolie, l'insuffisance tricuspидienne réapparaîtra et cette fois on peut lui prédire une symptomatologie plus riche avec un syndrome veineux plus ou moins complet ; et si alors les tonicardiaques n'agissent plus, le malade est emporté dans une asystolie irréductible.

Donc, pour notre malade, on ne saurait avec trop de prudence réserver l'avenir. Dans quelques mois, peut-être seulement dans quelques années, cette insuffisance cardiaque, dont l'insuffisance tricuspidiennne signe la gravité, deviendra irréductible et rapidement fatale.

CONCLUSION

Il nous a paru intéressant, connaissant les critiques faites récemment à la séméiologie de l'insuffisance tricuspidiennne, de rapporter l'observation d'un malade atteint d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, chez lequel nous avons cru percevoir au cours des crises de décompensation les signes classiques de l'insuffisance tricuspidiennne.

Vu : Le Doyen,

Pour le Doyen, l'Assesseur :

BAUDOUIN.

Vu : Le Président,

ABRAMI.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Université de Paris,
Ch. Roussy

BIBLIOGRAPHIE

BARRIÉ. — Cœur et aorte.

LAUBRY. — Maladies du cœur et des vaisseaux.

MAHOT. — Les battements du foie dans l'insuffisance tricuspidiennne.

MOUQUIN ET DELON. — Les lésions de l'orifice tricuspidein.

ZIELENSKI. — Le pouls veineux jugulaire dans l'insuffisance tricuspidiennne.

415